



Nuestro Mundo Hospitalario

El futuro de los Hospitales PRIVADOS

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Editorial

Dr. Carlos Dueñas García

Nuevos Senderos para el Liderazgo
de Enfermería

PulmoVista 500:
Haciendo visible la ventilación

Hospital Seguro: De Pie y
funcionando ante un desastre

Inicios de los Hospitales Privados
en México



Descarga
versión
digital

Asociación Nacional de Hospitales Privados



La solución que conecta fácilmente a pacientes
y profesionales de la salud

DESDE CUALQUIER LUGAR.

SIMPLE

Sin descargas, sin crear una cuenta, sin instalación y para cualquier dispositivo.

ACCESIBLE

Con planes gratuitos y de pago que te permiten cubrir el costo de tu consulta.

SEGURA

Una vez que termina tu consulta toda la información que compartiste se elimina.

Visita doxy.me/es-mx para vivir una experiencia distinta en telemedicina.

doxy.me/es-mx



Asociación Nacional de Hospitales Privados

Presidente

Lic. Mario González Ulloa Arellano
Grupo Dalinde / San Ángel Inn

Vicepresidente

Lic. Olegario Vázquez Aldir
Grupo Angeles Servicios de Salud

Tesorero

C.P. José Testas Antón
Hospital Español

Secretario

Lic. Álvaro López Aldana
Centro Médico ABC, Campus Santa Fe

Vocal

Dr. Horacio Garza Ghio
Grupo Christus Muguera
Dr. Carlos Dueñas García
Hospital San Javier
C.P. Alejandro Alfonso Díaz
Centro Médico ABC, Campus Observatorio
C.P. Nora Leticia Ramírez García
Sanatorio Florencia
Lic. Miguel Isaac Khoury Siman
Hospital MAC

Nuestro Mundo Hospitalario

Comité Editorial

Dr. en C. Roberto Anaya Prado
Hospitales Puerta de Hierro
Act. Miguel Ángel Hernández Rodríguez
Director del Comité Editorial
Lic. María Rosalina León López
Hospital San Javier
Ing. Arq. Juan Armando Monroy López
Beneficencia Española (Tampico)
Lic. Gerardo Ramón Ríos Zamudio
Grupo Hospitalario San Ángel Inn
Dr. Fredy Chablé Montero
Hospital San Ángel Inn Universidad
Dra. Irene Emmita Maulén Radován
Hospital Angeles Lomas
Dr. Marco Antonio Ponce Camacho
Doctors Hospital

Diseño y Formación Editorial

Angeles en línea, S.A de C.V.
Asociación Nacional de Hospitales Privados

CONTENIDO

El Futuro de los Hospitales Privados



Nuevos Senderos para el Liderazgo de Enfermería



PulmoVista 500: Haciendo visible la ventilación



Hospital Seguro: De Pie y Funcionando ante un Desastre



Inicios de los Hospitales Privados en México





EDITORIAL

Dr. Carlos Dueñas García
Director Médico Hospital San Javier

A poco más de un año de la llegada de la pandemia a nuestro país y después de haber pasado por un fuerte proceso de cambio que impactó nuestros hábitos y estilo de vida, hoy pareciera que con el seguimiento adecuado que la población tuvo a razón de las diferentes recomendaciones para el cuidado de su salud y el reciente inicio de la campaña de vacunación contra la COVID-19, podemos vislumbrar un presente más tranquilo para todos.

La pandemia alcanzó también a nuestras instituciones hospitalarias que a contra reloj tuvieron que aplicar recursos e insumos adicionales, así como adaptar procesos e instalaciones físicas para poder hacer frente a esta crisis de salud.

Este espacio me parece muy propicio para hacer una reflexión sobre todo lo que esta situación nos dejó como aprendizaje y compartir algo de lo que he notado nos puede quedar como una gran oportunidad.

Resulta innegable que la percepción de la sociedad con referencia a la atención médica y hospitalaria se transformó en el año anterior, ahora la salud es considerada en su justo valor, y de ser vista como un servicio no deseado, hoy ha quedado claro que es indispensable para poder mantener en activo a todos los sectores de la sociedad.

Aunque las historias que se escribieron dentro de los hospitales, durante el año anterior, fueron diversas, muchas hicieron posible reintegrar familias y quedarán para siempre en la memoria como el reconocimiento al deber cumplido.

Las instituciones hospitalarias que hicieron frente de manera oportuna a la pandemia vieron reforzada su reputación y los profesionales de la salud que estuvieron en primera línea llegaron, en algunas ocasiones, a ser considerados como héroes por mantenerse firmes en su vocación y atender las necesidades de sus pacientes por encima de las propias.

La pandemia generó no solo padecimientos físicos que afectaron a los pacientes, también los profesionales de la salud sufrieron altos niveles de angustia a razón de diferentes circunstancias, entre ellas: la insuficiencia de espacios para la atención de los pacientes, la afectación emocional diaria al saber que muchos de los enfermos podrían no recuperarse y la incertidumbre por la evolución de los contagios.

Lo siguiente creo debe ser reflexionar sobre la resiliencia, que fue la característica permanente en los profesionales de la salud, y que se hizo presente como esa capacidad de adaptarse de manera positiva ante la adversidad y de enfrentarla con fortaleza para seguir ejerciendo de manera efectiva, incluso bajo presión. Esta forma de actuar hizo a nuestra sociedad más consciente; ahora es capaz de apreciar de manera diferente el trabajo que dentro de los hospitales se realiza, así como la responsabilidad y el compromiso que la vocación médica requiere.

Estoy seguro de que esta nueva percepción permanecerá por mucho tiempo en la mente de las personas, lo que representa una gran oportunidad para reivindicar todas esas ideas que pudieran existir con referencia a los servicios de salud y reforzar los temas relacionados con la atención de calidad y seguridad enfocada en los pacientes y sus familiares, que siempre abonan en su calidad de vida y que nos llevan a una posición de mayor confianza entre todos los que colaboramos por una sociedad saludable; después de todo, es esta la razón de ser de los hospitales y el objetivo hacia el que deben dirigir sus esfuerzos.

Concluyo, entonces, con la afirmación de que el cambio es lo que quedará como una constante, pero ahora los hospitales y los profesionales de la salud somos reconocidos con una nueva capacidad: la de adaptación, misma que nos permite en cualquier área encontrar soluciones distintas para necesidades que antes no eran pensadas.

Sabemos, además, que la tecnología médica y la infraestructura hospitalaria se mantendrán en constante innovación, por lo que debemos comprometernos a que a los programas de formación y capacitación del personal de la salud se actualicen de la misma forma, encaminados a una mejora continua permanente que respalde siempre la importancia que como profesionales de la salud damos a la relación y el cuidado en la atención de los pacientes y sus familiares, pues sabemos que las experiencias vividas por ellos durante su proceso hospitalario tienen un fuerte impacto en su recuperación.

Cuando se encuentra a alguien en el camino de la salud, se le ha encontrado para siempre.

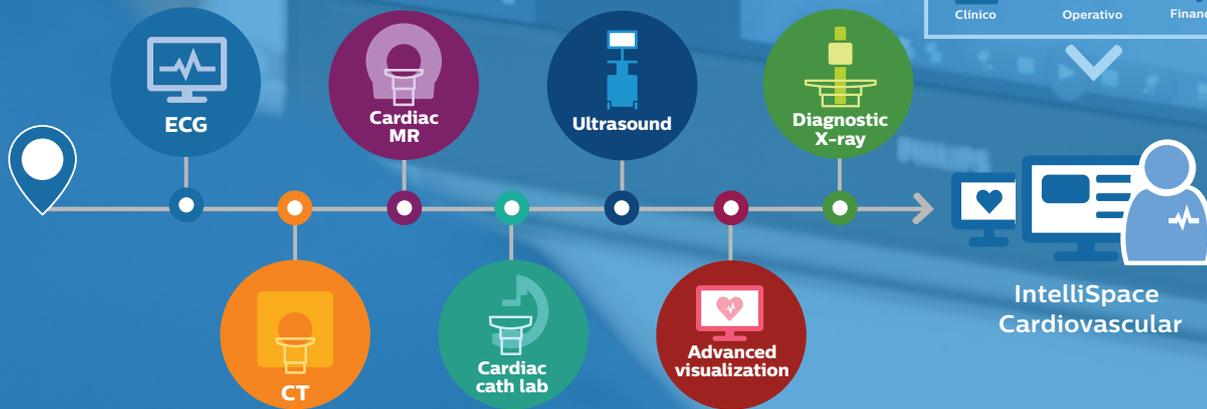
PHILIPS

IntelliSpace

Cardiovascular

Transforma la forma en que **tu** trabajas. Y piensas.

IntelliSpace Cardiovascular ofrece beneficios clínicos, operativos y financieros



Desde el punto de vista clínico, permite acceso a las imágenes y la información de forma rápida y sencilla. Desde el punto de vista operativo, permite el acceso a una variedad de sistemas y aplicaciones desde una misma ubicación y el análisis eficaz de datos. Desde el punto de vista financiero, gracias a la tecnología que no requiere espacio y a la interoperabilidad, permite disminuir los costes de instalación y ahorrar tiempo al establecer las interfaces de los sistemas existentes.

innovation  you

EL FUTURO DE LOS HOSPITALES PRIVADOS

Entrevista al Dr. Enrique Ruelas Barajas



De acuerdo con las tendencias en el sector y considerando la demanda de servicios especializados de salud en el país, ¿existe la oportunidad para desarrollar una mayor cantidad de hospitales privados que las atiendan?

Creo que sí existe la oportunidad, en la medida de que la población y las necesidades de salud sigan creciendo. Sin embargo, si no tenemos los financiamientos suficientes para el sector privado no hay manera de que sean rentables estas inversiones.

Lo anterior se deriva, por una parte, de que la economía nacional no va muy bien y que el ingreso de la población no está aumentando, a pesar de que la macroeconomía se considere estable. Por otro lado, la relación con las compañías de seguros tampoco es muy favorable aunque se han explorado iniciativas que puedan aportar más facilidades; si eso no ocurre, no es fácil que alguien pueda pagar gastos hospitalarios privados.

En resumen: creo que sí existen la necesidad y los espacios, pero si no hay financiamientos suficientes para cubrir los gastos y la regulación que fomente esto, no veo que pueda ocurrir.

¿Qué planes propondría para la instalación de nuevos núcleos hospitalarios que cubran oportunamente estas nuevas necesidades?

Para ello sería importante utilizar los indicadores adecuados, el cual a mi perspectiva sería el nivel de ingreso de la población. Desde luego, además, se debe partir de un plan maestro para identificar las necesidades de salud de la población y la capacidad de oferta.

Hablando de las características socioeconómicas de la población de nuestro país, ¿cuáles serían las demandas a futuro que en este momento no están siendo atendidas por los hospitales privados?

Sin duda, el cáncer en todas sus variantes y la atención psiquiátrica hospitalaria son dos temas que no tenemos resueltos en este momento. Desde hace unos años los hospitales psiquiátricos privados comenzaron a desaparecer, lo que ha creado un déficit importante.

También debemos mencionar que los servicios de alta especialidad han sufrido graves deterioros financieros, por lo que los pacientes pueden dejar de recibir esta atención. Mientras no mejore la situación de financiamiento de incentivos al sector privado y público, en los próximos 5 años habrá un panorama difícil en salud.

Ante estas necesidades no cubiertas, ¿se deberían implicar cambios en la forma de preparar a los futuros profesionales de la salud?

Sí, esto es cada vez más obvio. Estamos pensando en que los médicos den una atención más preventiva. Necesitamos especialistas altamente capacitados, excelentes enfermeras y servicios de alta calidad, es decir, realizar mejor las cosas que hacemos.

Asimismo, los servicios curativos tienen que ser cada vez mejores y, a su vez, crear nuevos roles (por ejemplo, “preventólogos”, “consejeros de salud”, “orientadores de vejez”) y organizaciones para ayudar a las personas que todavía no están enfermas a que protejan su salud. Debemos hacer que los profesionales de la salud enfoquen mejor su educación para que sean mejores.

¿Existe una tendencia favorable para proyectos de turismo médico?

El turismo médico, mencionando desde hace 20 años, se da por razones geográficas y debido al desequilibrio económico que existe entre ambos países, que hace que los norteamericanos vengan a nuestro país a atenderse, en caso de la frontera norte.

Sin embargo, para el resto de la República mexicana, si se analiza la experiencia de los países que han sido exitosos en el turismo médico, es porque ofrecen servicios altamente distintivos (calidad, seguridad y especialidad). Creo que el turismo médico necesita un mayor enfoque para poder ofrecer servicios que se distingan, como ha ocurrido con la India y Estados Unidos. Ser los mejores, ese es el camino que hay que tomar.

Siendo el expediente del paciente un instrumento central de calidad, ¿cómo se puede insertar éste a los estándares legalmente aceptados en nuestra ley de salud?

En este punto me pregunto: ¿Cuántos años llevamos en el mundo intentando desarrollar expedientes electrónicos que realmente funcionen y no lo hemos logrado? No obstante, por ejemplo, el caso de Clínica Mayo que le ha dado al paciente la posibilidad de traer en su celular su propio expediente, me parece que empieza a abrir el camino en el que nos debemos enfocar, ya que el portador de la información no es el médico ni el hospital, sino el propio paciente.

Debemos aspirar a no querer tener la información de todos, lo cual ha dificultado la conexión de estos sistemas.



Pensar en la regulación de este tipo de expedientes se ve muy complicado debido a las limitaciones de las normas oficiales mexicanas, y si consideramos también la velocidad con la que cambia la tecnología. Por ello, debemos pensar de manera creativa cómo manejar esta información de los pacientes y, con ello, analizar la mejor manera de regular esto.

¿Cómo los nuevos elementos tecnológicos se acoplan y aportan a la seguridad del paciente en la calidad de atención?

Lo primero es considerar a la tecnología como un aliado. En este sentido, creo que llegará un momento en que tendremos que confiar más en los sistemas, como la inteligencia artificial, que nos permiten tener más información procesada, analizada y priorizada para la toma de decisiones médicas. Hoy es casi imposible que un médico conozca toda la bibliografía que se publica sobre su especialidad, pues son miles de artículos. Por ello, lejos de pensar que la inteligencia artificial nos puede sustituir, al contrario, nos aportará información valiosa para mejorar nuestra profesión.



Financiamos la más amplia gama de equipamiento para tu Hospital, Clínica o Consultorio.



Asesoría integral para impulsar tu crecimiento.

WWW.UNIFIN.COM.MX

Síguenos en:    

800 200 8000

Leasing · Factoring · Credit · Fleet · Insurance

En este sentido también se encuentra la tecnología diagnóstica y terapéutica. Hoy estamos viendo que, ante el encierro por la pandemia, las consultas a distancia han aumentado, y han llegado para quedarse. Sin embargo, en la medida que se tenga más acceso tecnológico a la atención médica, aumenta el riesgo de que algunos se queden atrás, es decir, la inequidad se puede acentuar.

Por otro lado se encuentran las relaciones humanas. Por ejemplo, con los avances tecnológicos, en un futuro el médico ya no tendrá que efectuar visitas a sus pacientes hospitalizados, pues un robot las podrá realizar. Ante ello, se puede considerar que la tecnología es un parteaguas entre el pasado y el futuro, pero también entre el médico y sus pacientes.

¿Cómo podemos hacer un puente de alianza con la tecnología sin perder la relación con nuestros pacientes? Esto se puede lograr mejorando la atención humana en la salud. Y es que la enorme mayoría de médicos y enfermeras no saben si realmente brinda este tipo de atención a sus pacientes, no es algo que se enseñe en las escuelas ni es explícito. Tenemos que avanzar en esa línea, pero sin descuidar, por ejemplo, el tema de la seguridad de los pacientes en la parte clínica y quirúrgica.



La reglamentación de la telemedicina y la telesalud, ¿es compleja?

La tecnología siempre va por delante de cualquier regulación; por ejemplo: es imposible prever cómo será el diagnóstico genético en los próximos 3 años y saber desde ahora cómo lo tenemos que regular, debido a que el avance tecnológico, en muchos casos, se presenta a enorme velocidad.

En caso de que la regulación se dé después, es importante que esté dirigida a proteger la integridad de las personas y no a los intereses comerciales, y no pensar solamente en un instrumento de regulación, como las normas oficiales mexicanas, que no son la única opción.

No obstante, en los próximos años no veo capacidad para tratar estos temas con detenimiento y lograr esta regulación tecnológica del país.

Algún consejo para que los hospitales privados mejoren su calidad.

Es momento de pasar del concepto de calidad, que incluye seguridad, al concepto de confiabilidad, que incluye confianza; no es solamente certificarse ni establecer medidas de seguridad e higiene, ahora es momento de impulsar ciclos permanentes de mejora sobre una plataforma de liderazgo, cultura institucional, reconocimiento y empoderamiento de los médicos y pacientes.

NUEVOS SENDEROS PARA EL **LIDERAZGO** **DE ENFERMERÍA**

Mtra. Ma. Guadalupe Ibarra Castañeda

La organización o institución de trabajo, antes sencilla, estable y predecible, progresivamente se ha visto inmersa en un entorno caracterizado por un gran dinamismo y complejidad que le impone cambios estructurales y funcionales para seguir siendo competitiva ante la óptica de los usuarios.

Entender estos cambios conlleva al análisis de las características del liderazgo que demandan las condiciones actuales del entorno en el que se encuentran inmersas las organizaciones. En respuesta, las instituciones se han transformado gradualmente para convertirse de tradicionales, estables y predecibles, a organizaciones inteligentes.

El sistema de salud no ha quedado al margen de esta dinámica y, dentro del mismo, la enfermería es reconocida como un elemento sustancial para su funcionamiento. Sin embargo, la enfermería ha cambiado relativamente poco y, en el contexto actual, enfrenta la exigencia de rediseño constante para mantenerse acorde a las nuevas exigencias.



El propósito de este artículo es contribuir al entendimiento de algunas condiciones que favorecen el desarrollo del liderazgo de la enfermería en las organizaciones de salud. Para ello, se revisó el rol de la cultura del aprendizaje, la claridad estratégica y el soporte organizacional necesarios. Específicamente se describen las tendencias hacia un nuevo enfoque holístico (integrador) llamado: Liderazgo Transformacional.

FUNDAMENTOS DEL LIDERAZGO

La Organización Inteligente

El concepto de Organización Inteligente surgió en 1990, con las aportaciones de Peter Senge, director del Centro para el Aprendizaje Organizacional del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), en el que expone la necesidad de un cambio en la mentalidad de los profesionales, así como en el comportamiento institucional. Esto, en el marco de la Teoría de los Sistemas Generales.

Este tipo de instituciones desarrollan una gran capacidad para la Gestión del Conocimiento, es decir, lograr que el saber individual de cada uno de los integrantes se convierta en conocimiento organizacional. Hacer que el conocimiento implícito se transforme en explícito, en beneficio de los usuarios, de los profesionales y de la institución.

La Organización Inteligente es aquella:

- Donde la gente expande continuamente su aptitud para crear los resultados que desea.
 - Donde se cultivan nuevos y expansivos patrones de pensamiento.
 - Donde la aspiración colectiva queda en libertad.
 - Donde la gente continuamente aprende en conjunto
- “La Organización inteligente aprende a aprender”**

La Organización Inteligente

Las organizaciones inteligentes favorecen el desarrollo del pensamiento crítico en todos sus colaboradores. Además crean ambientes que inducen no solo hacia el aprendizaje, sino a aquello más difícil que es “desaprender para reaprender”, lo que implica romper viejos y anacrónicos paradigmas para dar lugar a nuevos aprendizajes y, con ello, a la innovación.¹

LA EVOLUCIÓN DEL LIDERAZGO

El liderazgo es uno de los fenómenos sociales más complejos y estudiados, el cual ha sido definido por muchos autores, sin embargo, todos coinciden en que es el proceso de influir en otros para que acepten voluntariamente seguir determinado camino.

El liderazgo ha evolucionado notablemente durante las últimas seis décadas para producir cuatro paradigmas dominantes que no son excluyentes entre sí; cada uno ha ido sumando elementos que complementan al paradigma anterior. Estos son:

- **Las Teorías Conductuales.** Asumen que un comportamiento ejemplar del líder es suficiente para obtener buenos resultados.
- **Las Teorías de los Rasgos.** Adicionan al buen comportamiento del líder, el desarrollo de capacidades como el autodomínio y la mente sistémica, entre otras.
- **Las Teorías de la Contingencia.** El líder debe actuar de acuerdo a la situación que se le presente. Refiriéndose principalmente al nivel de madurez de sus colaboradores. Aquí se incluye el Liderazgo Transaccional.
- **El Paradigma Holístico (integrador).** También llamado Liderazgo Transformacional, que será desarrollado más adelante.

Cada cambio de paradigma surgió como una consecuencia evolutiva de las fortalezas y las limitaciones del que lo precedió y cada uno ofrece una perspectiva sobre cómo inspirar el potencial de individuos y grupos de trabajo.²

Actualmente, los trabajos académicos se concentran en el estudio de dos modelos de liderazgo con planteamientos opuestos: el transaccional y el transformacional.

LIDERAZGO TRANSACCIONAL

¿Qué es?

Mantener las políticas, los procedimientos y la cultura establecida en la institución.

Establecer normas. Supervisión y corrección de errores

LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL

¿Qué es?

Cambio permanente de la institución, con base en los cambios del entorno.

Motivar, desarrollar y facultar para innovar

TIPOS DE LIDERAZGO

LIDERAZGO TRANSACCIONAL

El Modelo Transaccional está basado en las teorías tradicionales, el cual consiste en una relación entre el líder y sus seguidores basada en el intercambio de recompensas y sanciones, asociadas al comportamiento de los colaboradores.³



Se sustenta en la jerarquía del líder, quien no pretende hacer cambios en la institución, sino mantener las cosas consistentes y predecibles a lo largo del tiempo. Su objetivo es crear procedimientos rutinarios eficientes, mediante un alto nivel de microgestión.⁴

Este modelo es útil en áreas u organizaciones que requieren rutina y estructura, o bien, para ambientes caóticos carentes de motivación y satisfacción de los colaboradores, donde el uso de recompensas puede sustituir dichas carencias.⁵

La principal limitación del Liderazgo Transaccional es que su enfoque es esencialmente lineal y simplista. No considera la influencia de aspectos sociales y emocionales, inherentes a la conducta humana; asimismo, deja de lado las necesidades cambiantes del entorno.

LIDERAZGO HOLÍSTICO O TRANSFORMACIONAL

Se refiere a un proceso de desarrollo organizacional que hace posible lograr un enfoque colaborativo y eficiente de todos los que participan en el proceso de trabajo, en todos los niveles del desempeño funcional. Se basa en valores éticos para producir resultados óptimos en beneficio del usuario, de los profesionales y de la institución.

Es uno de los enfoques de liderazgo más estudiados y promovidos en la actualidad porque está diseñado para crear ambientes de trabajo con profesionales motivados, competentes y creativos, que se apropian de su trabajo adicionando una ética sólida y un compromiso con el éxito colectivo.

Es sustancialmente opuesto al Transaccional, ya que el líder es el agente del cambio que promueve el compromiso, motiva al equipo y exalta los valores éticos.

Es un estilo diseñado para que los empleados aprendan a mirar hacia el futuro, desarrollen su creatividad y encuentren nuevas soluciones a viejos y nuevos problemas.

Los empleados que aprenden bajo este tipo de liderazgo, a su vez, estarán preparados para convertirse en líderes transformacionales.⁶

Este modelo sostiene que el liderazgo que se requiere actualmente tiene que ver con “devolverle el trabajo a la gente”. Plantea el fin del líder como figura mítica, omnipotente y capaz de controlar a sus colaboradores.

Tiene claro que ahora las organizaciones y los problemas son cambiantes, y que las soluciones requieren de la sabiduría colectiva del grupo. Se enfoca en lograr el desarrollo y la autorrealización de sus colaboradores, para que sean capaces de aplicar el criterio más apropiado en cada situación de su trabajo diario.⁷

Los cuatro elementos del liderazgo transformacional

1. **Influencia idealizada:** el líder se convierte en una figura referencial e influyente para lograr altos estándares de desempeño.
2. **Motivación inspiradora:** se refiere a la capacidad para articular una visión y comunicarla con pasión y compromiso.
3. **Estimulación intelectual:** fomenta la creatividad e induce a su equipo a pensar “fuera de la caja” para encontrar mejores formas de hacer el trabajo.
4. **Consideración individualizada:** establece una forma de comunicación de “uno a uno”, con cada colaborador. Conoce sus fortalezas, debilidades y motivaciones. Los guía de manera individual.

Un Líder Transformador es capaz de transmitir una visión clara y realista, con la cual inspira, motiva, desarrolla y faculta a su equipo para innovar.

En este estilo de liderazgo se identifican dos principales limitaciones: es difícil de implementar en ambientes burocratizados, en los que resulta complicado hacer cambios. En estos casos, se recomienda iniciar con Liderazgo Transaccional y cuando se logre pasar del caos al orden, se podrá evolucionar al Transformacional. La otra limitación es que cambiar la cultura de una organización requiere de tiempo, por lo que los resultados suelen obtenerse a mediano o largo plazo.

TENDENCIAS DEL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA Rol Ampliado de Enfermería

Es la extensión de las funciones del profesional de enfermería que le confiere responsabilidades adicionales a las tradicionales, mediante una práctica con mayor autonomía en la toma de decisiones profesionales y más responsabilidad por los resultados de la misma, dentro de su campo disciplinar.

La enfermería es una profesión que progresivamente ha ido ganando espacios. A partir de la mitad del siglo XX, la enfermería empezó a definirse a sí misma y sus fronteras disciplinarias. Con la identificación del “cuidado”, como el objeto de estudio de la enfermería, fue posible delimitar su campo de responsabilidad profesional, tanto en el terreno jurídico, como en los diferentes aspectos de la práctica.⁸

La enfermería ha entrado en un proceso de transición, de un rol eminentemente clínico, limitado a los procesos internos de su área, a una participación progresivamente mayor en el nivel estratégico, en el que se gobiernan las instituciones, se diseñan las políticas y se toman decisiones de alto alcance. Todo esto, sin olvidar que la misión de la enfermería se centra en el cuidado del paciente y la familia.

LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL EN LA ENFERMERÍA

El liderazgo transformacional es el preferido en la enfermería porque ha demostrado diversos beneficios en los diferentes campos de la práctica.

El liderazgo transformacional es efectivo en enfermería, porque tiene un impacto positivo en:

- Los pacientes
- Los profesionales y
- Las organizaciones

Impacto del Liderazgo Transformacional

Se ha demostrado que las enfermeras que trabajaban con líderes transformacionales permanecen más tiempo en sus instituciones. Airiodion⁹ refiere una tasa de rotación 16% menor en organizaciones con este modelo, comparadas con aquellas que utilizan el Liderazgo Transaccional. Está ampliamente documentado que cuando las personas están satisfechas, desarrollan una percepción más positiva de su lugar de trabajo y se desempeñan mejor, incluso cuando enfrentan circunstancias difíciles.^{9 10}

Hasta hace poco, el liderazgo en enfermería se asociaba únicamente con funciones de gestión. Una de las mayores aportaciones de las diferentes investigaciones actuales coinciden en que el liderazgo enfermero también se debe ejercer en el nivel operativo, por lo que recomiendan aplicarlo en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, en el cuidado directo del paciente, en la

educación y la investigación. Esto, adicional a las actividades tradicionales de gestión y otros tipos de emprendimiento. Surge así la visión de un liderazgo en tres dimensiones: Administrativo, Clínico y Profesional o Disciplinar.

LIDERAZGO ADMINISTRATIVO

Los líderes de enfermería efectivos son cruciales para el funcionamiento de las instituciones. Ellos enfrentan a diario problemas que deben resolverse utilizando el pensamiento crítico. Toman decisiones clave cuyas consecuencias pueden afectar la vida de los pacientes.¹¹

Tradicionalmente, el liderazgo de enfermería había mostrado un predominio claramente Transaccional. El énfasis estaba puesto en la vigilancia de reglas estrictas relacionadas con el uso del uniforme, la presentación personal y el comportamiento social dentro de la institución de salud, así como la identificación y corrección de errores en el proceso de trabajo. Por otro lado, un avance lento en aspectos como el desarrollo académico, la investigación disciplinar, el desarrollo de pensamiento crítico e innovación, entre otros. Al respecto, es importante reconocer las iniciativas de cambio y los avances de las últimas décadas.

LIDERAZGO CLÍNICO

Es el que se aplica en el cuidado directo del paciente y debe ser el núcleo de la profesión. Se configura desde la perspectiva de una “enfermería de práctica avanzada”, así como en la capacidad para influir en el equipo de salud y en la institución, para que el paciente reciba la mejor atención posible.

Un Líder Clínico se convierte en un defensor de los derechos del paciente, procura su mejor atención y le ayuda para que tenga acceso a información adecuada sobre su situación de salud. Por lo tanto, adquirir habilidades de liderazgo es esencial para las enfermeras que brindan cuidado directo a los pacientes.¹¹

Para consolidar esta modalidad es necesario establecer alianzas con los pacientes y con el equipo de salud, y con ello lograr una enfermería estratégicamente interconectada y alineada con las necesidades del contexto en el que se desarrolla.

Es indudable que el paciente siempre será el aliado más estratégico. Representa la perspectiva clínica, que es la base más sólida del sistema de salud. Ellos son la sociedad, sin ellos no hay liderazgo clínico.¹²

EL LIDERAZGO PROFESIONAL O DISCIPLINAR

El Poder Disciplinar es un concepto teórico desarrollado por Michel Foucault para describir el poder social de una profesión. Es un poder no soberano, concebido desde una óptica opuesta a la teoría clásica del poder. Es la capacidad de influir en otros, a través de la posesión de conocimientos y habilidades específicos, que la sociedad identifica como útiles para su buen funcionamiento.¹²

El Liderazgo Profesional implica poder político. Es aquello que hace visible socialmente a una profesión. Se construye a partir de actitudes individuales de quienes conforman un gremio, las que a su vez se reflejan en la expansión de las intervenciones sociales y en la ocupación de espacios que dan margen de poder y reconocimiento a una profesión, como protagonista de un saber.

Confiamos nuestra salud al médico y nuestra fortuna al abogado. Esta confianza no puede depositarse en personas de baja condición moral. Por lo tanto, el reconocimiento debe ser suficiente como para otorgarles una posición dentro de la sociedad, la importancia que la confianza requiere. El tiempo y el esfuerzo que requiere su educación, cuando se combina con esta circunstancia, necesariamente asegura el precio de su trabajo. (Smith, 776/1976a, p. 118. Citado por Dinguall, 2004).

El Poder Disciplinar

La enfermería, de manera lenta pero progresiva, ha avanzado en la construcción de su imagen profesional en la sociedad a través del mejoramiento académico y la investigación, para crear un cuerpo teórico propio que la posiciona socialmente como ciencia. Esto implica articular las habilidades técnicas con la evidencia científica para contribuir en la representación social de la profesión.

Referencias: **1)** Senge P. La Quinta Disciplina. México: Ed.Granica; 1998. **2)** Silva-Peralta Y, Olsen C, Pezzi L, Sanjurjo N. Liderazgo transaccional y transformacional de voluntarios jóvenes y adultos de Mar del Plata. Psicoperspectivas [Internet]. 2016;15 (3): 146-157. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171048523014> **3)** Contreras-Torres F, Barbosa-Ramírez D. Del liderazgo transaccional al liderazgo transformacional: implicaciones para el cambio organizacional. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [Internet]. 2013; (39): 152-164. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194227509013> **4)** Wite S. ¿Qué es el liderazgo transformacional? un modelo para motivar la innovación. CIO; Capital humano [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.ciospain.es/capital-humano/que-es-el-liderazgo-transformacional-un-modelo-para-motivar-la-innovacion> **5)** Durán-Gamba M G, Castañeda D I. Relación entre liderazgo transformacional y transaccional con la conducta de compartir conocimiento en dos empresas de servicios. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. 2015, 18 (1), 135-147. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v18n1/v18n1a13.pdf> **6)** Doctorado en Ciencias Empresariales. Liderazgo transformacional. [Internet] México. Blog UP Edu. 30 de enero 2020. Disponible en: <https://blog.up.edu.mx/que-es-el-liderazgo-transformacional-conviertete-en-modelo-para-inspirar-innovacion> **7)** Lan E. Este es el liderazgo que necesitas en tiempos modernos e inciertos Alto Nivel; 2018. Disponible en: <https://www.altonivel.com.mx/liderazgo/el-liderazgo-en-tiempos-modernos-e-inciertos> **8)** Keeling AW. Historical perspectives on an expanded role for nursing. Online J Issues Nurs. 2015 May 31;20 (2): 2. PMID: 26882421. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26882421/> **9)** Airiodion O, Crolley F. Leadership in nursing, the importance of the transformational leadership style. AGS Website. Disponible en: <https://www.airiodion.com/guide-to-transformational-leadership-in-nursing/> **10)** Weberg D. Transformational leadership and staff retention: an evidence review with implications for healthcare systems. Nurs Adm Q. 2010 Jul-Sep; 34 (3): 246-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20562573/> **11)** NASSAR R. CONTEMPORARY LEADERSHIP CHALLENGES. INTECHOPEN WEBSITE. DISPONIBLE EN: <https://www.intechopen.com/books/contemporary-leadership-challenges/leadership-in-nursing> **12)** MANOJLOVICH M. THE EFFECT OF NURSING LEADERSHIP ON HOSPITAL NURSES' PROFESSIONAL PRACTICE BEHAVIORS. J NURS ADM. 2005 JUL-AUG; 35 (7-8): 366-74. PMID: 16077279. DISPONIBLE EN: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16077279/> **13)** ERDMANN-ALACOQUE L, FERNANDES J V, MELO C, CARVALHO B, MENEZES Q, FREITAS R, ET AL. A VISIBILIDADE DA PROFISSÃO DE ENFERMEIRO: RECONHECENDO CONQUISTAS E LACUNAS. REV. BRAS. ENFERM. [INTERNET]. 2009 AUG [CITED 2021 MAY 23]; 62 (4): 637-643. AVAILABLE FROM: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/25.pdf>

El profesional de enfermería tiene un campo abierto en diferentes espacios y contextos para el emprendimiento social, sin embargo, estos deben ser explorados y ampliados paulatinamente, a fin de dar respuesta a los problemas sociales. La principal responsabilidad de las enfermeras es mostrar al público el significado auténtico de la profesión, su riqueza, singularidad e indispensabilidad en todo el espectro de su trabajo.¹³

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El dinamismo actual implica un rol más estratégico y con nuevas exigencias para la enfermería: mejores competencias, mayor responsabilidad en resultados clínicos, administrativos y financieros, uso de la Bioética para la toma de decisiones, así como el desarrollo de líderes transformadores, con pensamiento crítico, capaces de innovar y demostrarle a las instituciones y a la sociedad que es más rentable contar con una enfermería desarrollada.

Los profesionales de enfermería deben empezar por reflexionar seriamente sobre su pasado, su presente y su futuro para crear una “memoria social” que les permita construir, deconstruir y reconstruir la identidad colectiva, como elemento central para fortalecer la imagen social de la profesión.

El nuevo paradigma de los servicios de salud necesita de líderes de enfermería con óptica multidimensional, visión de futuro y pensamiento crítico. Pero también con nobleza, dispuestos a dar sin esperar nada personal a cambio. Conscientes de que su lucha construye la enfermería del futuro, la que quizá no verán, pero que saben que beneficiará a la sociedad y a las siguientes generaciones.



Monitoreo de pacientes.



Ultrasonidos.



Diagnóstico In-vitro.

mindray

Acerca de Mindray

Fundada en 1991, Mindray es uno de los proveedores globales líderes en dispositivos y soluciones médicas. Firmemente comprometidos con nuestra misión de “compartir tecnologías médicas con todo el mundo”, estamos dedicados a la innovación de los campos del Monitoreo de Pacientes y Soporte Vital, Diagnósticos In-Vitro y Sistemas de Imagen Médica.

Mindray posee una sólida red global de I+D, mercado y servicio con filiales y sucursales en 39 países. Inspirados por las necesidades de nuestros clientes, adoptamos tecnologías avanzadas y transformamos en innovaciones accesibles, poniendo los cuidados médicos al alcance de todo. Al tiempo que mejoramos la calidad del cuidado médico, ayudamos a la reducción de costos, haciéndolo así más accesible a una gran parte de la humanidad.

Solución Integral para el Cuidado de la Salud

PATIENT MONITORING
& LIFE SUPPORT

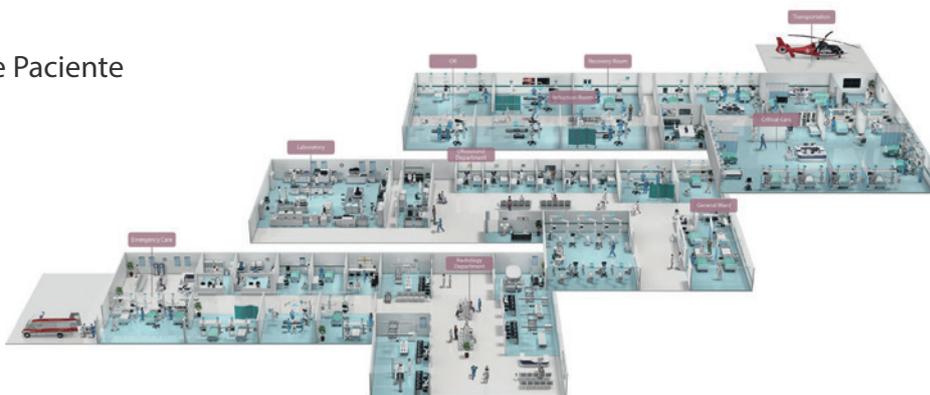
Monitorización de Paciente
Anestesia
Ventilación

IN-VITRO
DIAGNOSTIC

Hematología
Bioquímica

MEDICAL IMAGING
SYSTEMS

Ultrasonido
Radiología



Contáctenos:

MINDRAY MEDICAL MÉXICO
CitiCenter Av. Insurgentes sur No. 1602
Nivel 1 Oficina 103 Crédito constructor
Benito Juárez CDMX CP 03940
Tel. 5556615459



WWW.MINDRAYMEXICO.MX



@MINDRAYMEXICO



@MINDRAYMEXICO



@MINDRAY_MEXICO

PulmoVista 500: Haciendo visible la ventilación



La Tomografía de Impedancia Eléctrica (TIE) permite al personal clínico monitorizar la función pulmonar regional, especialmente en pacientes de cuidados intensivos.

Aunque los cuidados respiratorios han avanzado a lo largo de los años, las complicaciones relacionadas con los ajustes de la ventilación mecánica siguen teniendo un efecto negativo en el resultado del paciente. Las estrategias de ventilación de protección pulmonar actuales dependen principalmente de parámetros fisiológicos que únicamente reflejan el funcionamiento pulmonar global. Las conocidas complicaciones de la atelectasia y la sobre-distensión requieren la comprensión de la distribución de la ventilación en las regiones ventrales y dorsales del pulmón para que las mediciones puedan realizarse y así adaptarse, de forma individual, a los ajustes del ventilador.

La tomografía computarizada y rayos X de pecho ofrecen información regional específica, pero solo como una imagen instantánea en el tiempo. La determinación del modo en el que las distintas regiones pulmonares responden a las intervenciones terapéuticas en el tiempo es una tarea muy exigente si no se dispone de información regional continua.

En la búsqueda de una solución adecuada, Dräger revela que la técnica de monitorización de tomografía de impedancia eléctrica (TIE) tiene la capacidad de satisfacer esta demanda. El progreso de desarrollo y los resultados de estudios clínicos confirmaron que la TIE ofrece la información necesaria de forma superior.

Dräger

El **Dräger PulmoVista 500** está diseñado como un monitor de la función pulmonar para el uso clínico, que genera continuamente imágenes transversales de la función pulmonar mediante la aplicación de la técnica de tomografía de impedancia eléctrica (TIE).

Para llevar a cabo mediciones de bioimpedancia, se coloca un cinturón que contiene 16 electrodos alrededor de la pared torácica. Además, un electrodo de referencia tiene que estar conectado a un punto central del cuerpo, preferentemente al abdomen. El electrodo de referencia asegura que todas las mediciones de los diferentes pares de electrodos estén relacionadas con el mismo potencial eléctrico.

La monitorización TIE implica la aplicación de una pequeña corriente y la medición de las tensiones resultantes para determinar los cambios de impedancia relacionados con la ventilación, que se dan en una sección transversal torácica.

Dräger PulmoVista 500 realiza TIE funcionales, lo que significa que principalmente muestra los cambios de impedancia relativa como resultado de la función pulmonar, es decir, la ventilación y el cambio del volumen pulmonar al final de la espiración. Las imágenes dinámicas generadas por este dispositivo contienen información sobre la condición funcional de las diferentes regiones del pulmón en el plano de electrodos.

Pulmovista 500 es el primer sistema de TIE de su clase que proporciona continuamente información gráfica sobre la distribución regional de la ventilación y los cambios de volumen pulmonar al final de la espiración. La resolución temporal de esta información es alta e incluso se puede presentar como datos de tendencias.

¿Por qué usar TIE para visualizar al pulmón?

La lesión pulmonar aguda (ALI) es una complicación muy común en la población de pacientes de cuidados intensivos. Se ha demostrado que la ventilación mecánica con una programación del ventilador que no se ajuste a las necesidades individuales del pulmón enfermo puede provocar lesiones en las estructuras celulares del tejido pulmonar. Por ello, se utiliza como guía un concepto llamado ventilación protectora que, a grandes rasgos, pretende cuidar la presión y volumen

corriente máximo que se aplica al paciente, mediante parámetros como PEEP, presión inspiratoria y volumen tidal entre otros, para evitar sobre-distensión o atelectasias en los alveolos provocados por los valores entregados por el ventilador.

La ventilación protectora no previene solamente una lesión pulmonar mecánica, sino que también reduce el riesgo de inducir la liberación sistémica de citocinas, la cual está asociada con el desarrollo del fallo multiorgánico. Por lo tanto, en las últimas décadas, los médicos han estado buscando estrategias para optimizar el reclutamiento alveolar, mantener un pulmón abierto y limitar la sobre-distensión pulmonar.

Durante más de 30 años, los médicos han estado estudiando diversos enfoques y dispositivos de monitorización para guiar el manejo del ventilador. Como el pulmón de un paciente con lesión pulmonar aguda tiene propiedades heterogéneas, los parámetros globales que reflejan la condición del pulmón como un todo han demostrado ser insuficientes para orientar adecuadamente la ventilación de protección pulmonar. Encontrar la PEEP óptima y los ajustes del volumen tidal para el paciente individual siguen siendo un desafío constante en la práctica clínica.

La TIE proporciona un medio para visualizar la distribución regional de la ventilación y los cambios del volumen pulmonar. Esta capacidad resulta especialmente útil cuando existe la necesidad de mejorar la oxigenación o la eliminación de CO₂ y cuando los cambios en la terapia tienen como fin lograr una distribución del gas más homogénea en pacientes ventilados de manera mecánica.

Hoy día, la evaluación de la distribución del gas regional únicamente puede basarse en exploraciones de TAC o MRI. No obstante, la TAC supone exponerse a unas dosis de radiación ionizante altas. Igualmente, la TAC y la MRI normalmente no se utilizan en la cabecera del paciente y, por tanto, éste debe trasladarse al departamento de radiología. El traslado intrahospitalario de enfermos ventilados en estado crítico supone un riesgo significativo para el paciente y aumenta la carga de trabajo del staff clínico. Además, las imágenes obtenidas por TAC y MRI son estáticas y, por tanto, únicamente representan el volumen pulmonar en un punto en el tiempo. Asimismo, la TAC y la MRI no pueden proporcionar la cuantificación en tiempo real del contenido de aire en regiones pulmonares predefinidas. Si bien la TAC posibilita imágenes de la distribución de gas regional, los expertos no consideran que la tomografía axial computarizada (TAC) resulte adecuada para la optimización de los ajustes de la ventilación.

Aunque la TAC proporciona una información regional detallada del pulmón no es, por razones obvias, adecuada para una monitorización pulmonar regional continua en la cabecera y, por lo tanto, no puede utilizarse para guiar el ajuste de la configuración del ventilador.

La tomografía de impedancia eléctrica (TIE) ha surgido como una nueva modalidad de monitorización no invasiva y sin radiación de la función pulmonar regional.

Debido a las propiedades generales de la TIE y al diseño específico de PulmoVista 500, puede utilizarse fácilmente de una manera continua en la cabecera y proporcionar información sobre la distribución de la ventilación, así como sobre los cambios del volumen pulmonar del final de la espiración.

No se ha registrado ningún efecto secundario de la TIE. Además, la información única ofrecida por la TIE, su practicidad y seguridad han llevado a diversos autores a sugerir que puede utilizarse de manera potencial como una herramienta válida para optimizar la PEEP y otros parámetros del ventilador.

La valoración de la PEEP es uno de los principales motivos por los que debe utilizarse la TIE. Actualmente, no existe ningún tipo de consenso dentro de la comunidad médica sobre cómo optimizar parámetros del ventilador tales como la PEEP. Conocer la distribución de la ventilación podría ayudar a los médicos a configurar los parámetros de ventilación de un modo más adecuado para cada paciente, reduciéndose de este modo las lesiones pulmonares asociadas al ventilador.

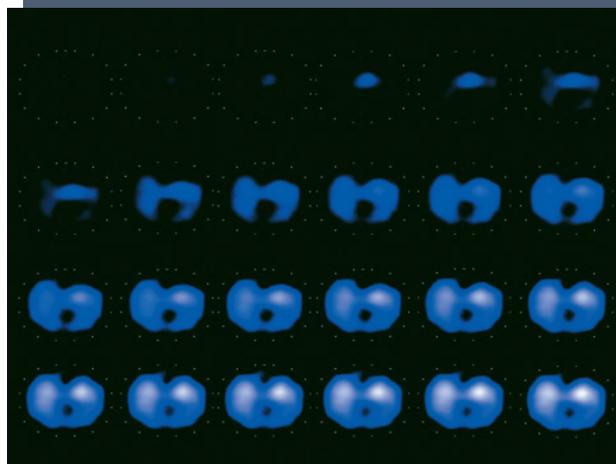
La distribución heterogénea de la lesión pulmonar, por ejemplo, en los pacientes con SDRA (síndrome de dificultad respiratoria aguda), solo se puede detectar fuera de la UCI mediante TAC. La TIE es el único método que puede mostrar directamente si las regiones pulmonares cerradas se pueden abrir mediante una maniobra de reclutamiento y mantenerlas abiertas con una configuración optimizada del ventilador. También permite visualizar y evaluar los efectos regionales de las maniobras de reclutamiento.

La TIE puede monitorizar continuamente los cambios del volumen pulmonar y que puede contribuir a identificar a aquellos pacientes que respondieron a las maniobras de reclutamiento. También es posible identificar el desreclutamiento lento que se produce después de las maniobras de reclutamiento ocasionado por unos niveles de PEEP insuficientes posteriores a las maniobras.

Al visualizar los cambios del volumen pulmonar espiratorio final, los ajustes de PEEP se pueden optimizar para que las regiones pulmonares permanezcan abiertas en el ciclo de respiración, pudiéndose evitar así los problemas relacionados con el reclutamiento cíclico. El Dräger PulmoVista 500 ofrece un método para monitorizar de cerca la condición pulmonar del paciente y evaluar continuamente el efecto del tratamiento respiratorio, elaborando así una estrategia de ventilación de protección pulmonar.

PulmoVista 500 ofrece en la cabecera imágenes dinámicas continuas en tiempo real de la ventilación y la distribución de aire intrapulmonar. Es posible monitorizar hasta 24 horas, permitiendo vigilar de cerca las condiciones pulmonares críticas y el efecto de los cambios en la terapia. Además, un uso inteligente de la información de tendencias ofrece una mayor comprensión del progreso del paciente.

PulmoVista 500 es un tomógrafo de impedancia eléctrica especialmente diseñado para ser utilizado en la rutina clínica. Los datos se representan continuamente en forma de imágenes, curvas y parámetros. Sencillamente, PulmoVista 500 le permite visualizar la distribución de la ventilación.



HOSPITAL SEGURO:

DE PIE Y FUNCIONANDO ANTE UN DESASTRE

El Programa Hospital Seguro en México surge como respuesta a la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para desarrollar estrategias que permitan elevar la seguridad de las instalaciones hospitalarias.

En nuestro país su operación es responsabilidad de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, a través de la Coordinación Nacional de Protección Civil. Dicho programa opera mediante un Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa, incorporado por 20 instituciones diferentes, 32 comités estatales instalados, 1,583 evaluadores y un grupo técnico asesor, y se han realizado 1,093 evaluaciones (datos del informe del Grupo Técnico Asesor al Comité Nacional en 2018).

En la Conferencia Mundial sobre Reducción de Desastres Naturales, celebrada en Kobe, Japón, en el año 2005, se solicitó a los estados miembros, entre ellos México, que adoptaran la iniciativa de “Hospital Seguro frente a Desastres” como una política nacional de reducción de riesgos, para garantizar su capacidad de seguir funcionando en situaciones emergentes.

El programa procura responder para que las instalaciones hospitalarias no solo permanezcan de pie ante un desastre, sino que además continúen trabajando de manera efectiva e ininterrumpida y con la posibilidad de aumentar su capacidad de atención, favorecer el uso óptimo de los recursos existentes y contar de manera simultánea con personal perfectamente capacitado para proporcionar apoyo con calidad a las víctimas, proteger la vida de los “habitantes” de la institución, la operación de la organización y la infraestructura o inversión.



Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro de la Ciudad de México.

Para ello, la OPS/OMS diseñó un instrumento de evaluación denominado “Lista de Verificación del Programa Hospital Seguro”, cuyo propósito es determinar el Índice de Seguridad de la Institución, el cual refleja la capacidad para continuar funcionando después de un desastre, o bien en la necesidad de establecer medidas que permitan fortalecer las áreas vulnerables que en algún momento pudieran restringir la atención por sufrir daños severos que pongan en peligro la vida de quienes se encuentran en el hospital.

¿Cómo se lleva a cabo la evaluación del programa? Se realiza por un grupo de expertos en la materia (ninguno de ellos perteneciente a la institución por evaluar y al menos de tres especialidades diferentes). Dicha evaluación se aplica en la(s) instalación(es) teniendo como base el Listado de Verificación para determinar el Índice de Seguridad Hospitalaria, cuyo modelo matemático permite identificar las áreas vulnerables de un hospital. Como resultado se otorga una categoría de seguridad al hospital: A, B o C.

Criterios del Programa Hospital Seguro

1. Proteger la vida (personal, pacientes y familiares).
2. Permitir la continuidad en la operación de los establecimientos de salud, dando prioridad a los pacientes en condiciones críticas.
3. Proteger la inversión (edificio, equipo médico y prioritario, mobiliario y maquinaria).

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA HOSPITAL SEGURO

1

Identificar las vulnerabilidades en los hospitales, mediante una evaluación estandarizada con la aplicación de una lista de verificación, por personal acreditado.

2

Promover acciones de mitigación para reducir las vulnerabilidades identificadas, emitiendo recomendaciones específicas como oportunidad de mejora.

3

Establecer estrategias preventivas de seguridad hospitalaria, para proteger la vida y la inversión, estableciendo planes y programas que permiten la continuidad en su operación.

El Índice de Seguridad Hospitalaria evalúa lo siguiente:

1. Ubicación Geográfica: pondera el nivel de seguridad del establecimiento de acuerdo a los riesgos geológicos, hidrometeorológicos, químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y sociales, así como a las propiedades geotécnicas del suelo donde se encuentra el hospital.
2. Seguridad Estructural: evalúa el nivel de seguridad del establecimiento en función a sus antecedentes, estructura y materiales constructivos, así como su exposición a riesgos.
3. Seguridad No Estructural: determina el nivel de seguridad de los elementos que forman parte de la infraestructura hospitalaria como las líneas vitales, sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado en áreas críticas, mobiliario y equipo de oficina fijo, móvil y almacenes, equipos médicos de laboratorio, diagnóstico y tratamiento, y elementos arquitectónicos.
4. Seguridad Funcional: pondera el nivel de organización del Comité Hospitalario para desastres o su equivalente y Centro de Operaciones de Emergencias, además del grado de implementación del plan hospitalario de respuesta ante desastres y los programas de mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios vitales, así como la disponibilidad de medicamentos, insumos, instrumental y equipos, laboratorio, diagnóstico y tratamiento.





Al concluir la evaluación hospitalaria la institución podrá establecer los programas de prevención y mitigación, los cuales le permitirán permanecer accesible y funcional a su máxima capacidad en su misma estructura después de una emergencia.

Es importante hacer conciencia con las diferentes instituciones hospitalarias privadas y públicas, que el Programa Hospital Seguro, si bien no es obligatorio, la implementación del modelo permite fortalecer la estructura organizacional, disminuye las pérdidas económicas ante un desastre y se integra con las diferentes normas de aplicación vigentes en el país.

Bibliografía:

- 1) Protocolo para la Evaluación Hospitalaria aprobado en la 25ª Sesión Ordinaria del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro. Celebrada el 10 de agosto de 2016.
- 2) <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/hospitales-seguros>
- 3) <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-hospital-seguro-21869>
- 4) http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/capacitacion/curso_taller_evacuacion/3.%20HOSPITAL%20SEGURO.pdf
- 5) Programa de trabajo 2018.- Grupo Técnico Asesor del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro.



PulmoVista® 500

Haciendo visible la ventilación

PulmoVista® 500

PulmoVista® 500 utiliza tomografía de impedancia eléctrica para ayudar a optimizar e individualizar la terapia de ventilación. La distribución regional de la ventilación en los pulmones y los cambios en el volumen pulmonar al final de la espiración se muestran y registran de forma continua, en tiempo real y de forma no invasiva. Esto permite evaluar la respuesta del paciente a las intervenciones de terapia respiratoria durante todo el curso, es decir, antes, durante y después del tratamiento.



WWW.DRAEGER.MX

Dräger. Tecnología para la vida



Asociación Nacional de Hospitales Privados

Inicios de los HOSPITALES PRIVADOS EN MÉXICO

Ing Arq. Juan Armando Monroy López
Gerente de Gestión de la Calidad
Beneficencia Española de Tampico

Durante el siglo XIX nuestro país experimentó una serie de cambios sociales y políticos que marcaron el rumbo de este centenario, los cuales iniciaron en 1810 con el Grito de Independencia, movimiento que concluyó hasta 1821 con la publicación del acta que así lo confirmaba, además de una serie de conflictos con los Estados Unidos de América por la separación de Texas y la guerra de los Pasteles con Francia en 1838.

A pesar de ello y de las complicadas relaciones que se mantenían con la población migrante de países europeos, la atención a la salud nunca dejó de ser una prioridad y un tema que desarrollaba importantes avances a consolidarse a finales del siglo.

Durante este periodo, la Beneficencia Española de Tampico emerge (14 de noviembre de 1840) como uno de los primeros establecimientos de salud de nuestro país, el cual se constituye posterior a la llegada del primer Cónsul de España en México, Don Francisco Preto y Neto, quien proveniente de la ciudad de Nueva Orleans, al arribar a la ciudad de Tampico se interesó por resolver el problema de atención a la salud de los muchos residentes españoles, quienes se habían asentado en ella dada la presencia del puerto de mayor relación comercial entre nuestro país con España y el continente europeo.

La visión y compromiso de Don Francisco Preto y Neto le permitieron reunir un considerable número de connacionales a quienes expuso el problema de salud que observaba y su solución, misma que contempló construir la primera Beneficencia Española del continente americano, idea que fue bien recibida y apoyada por todos.

Para el año de 1862, el esfuerzo realizado permitió que la Beneficencia Española de Tampico se convirtiera en una casa de la salud, instalada en un local propio, ubicado en la zona centro de la ciudad, donde en 1910 se construiría oficialmente como el Centro Español de Tampico.



Durante los años 1918 y 1919, periodo en el que se suscitaban importantes acontecimientos históricos como el fin de la Primera Guerra Mundial y el inicio de la epidemia de la “gripe española”, Tampico experimentó una importante migración de españoles procedentes de ciudades extranjeras y de varios lugares de la República Mexicana, quienes enfermos y sin dinero, solicitaron apoyo para recibir atención médica. Esta situación complicó satisfacer la demanda de los hasta entonces usuarios y manifestó la insuficiencia de las instalaciones de la casa de la salud.

Es entonces que, motivados por continuar con el apoyo a la comunidad española, el 21 de mayo de 1922, el Sr. D. Antonio Quintana inauguró las instalaciones médicas del nuevo sanatorio, el cual habría de ser modelo en su género y mediante el cual se enfrentaron importantes acontecimientos como el huracán de Tampico en 1933, la epidemia de polio de 1940, el huracán Hilda en 1955, la epidemia de influenza H1-N1 y la actual pandemia por COVID-19.

Hasta el día de hoy dicho inmueble forma parte de las actuales instalaciones del complejo hospitalario, el cual ya en su etapa de modernidad, inició operaciones en el año 2002, con la firme intención de ofrecer a la población del sur de Tamaulipas y la zona de las huastecas, atención médica de la más alta calidad apoyada en instalaciones vanguardistas y equipadas como el área de urgencias, consulta externa, laboratorio y gabinete, servicio de obstetricia, quirófanos, terapia intensiva, unidad de cuidados intensivos neonatales, unidad de hemodinamia, entre otros, que hasta ese momento se consideraron el modelo de referencia en la región.

El trabajo, constancia y la excelencia en los servicios e infraestructura de la Beneficencia Española de Tampico le valieron en el año 2005 incluirse como uno de los miembros del Grupo Hospital Español, el cual integra las siete sociedades de beneficencia españolas instaladas en siete diferentes estados de la República Mexicana, y cuyo trabajo conjunto ha permitido fortalecer los resultados de cada una de ellas, además de consolidar uno de los grupos hospitalarios más importantes de nuestro país.

No hay duda de que sus 180 años de historia respalda la imagen y prestigio de tan importante icono de la medicina mexicana; sin embargo, sus resultados y visión hacia la mejora continua consolidan el compromiso con sus pacientes y usuarios, lo que la reitera hasta el día de hoy como un referente de excelencia dentro de la Asociación Nacional de Hospitales Privados.



Asociación Nacional de Hospitales Privados

NUEVOS ASOCIADOS 131 ASOCIADOS



Dr. Adán Alberto José Benjamín Benavides Jones
Director General
Dra. Teresita de Jesús Mendoza Acosta
Representante ante la ANHP



Lic. Patricia Guadalupe Del Moral Castro
Director General
Representante ante la ANHP



Ing. Alejandro Gil Luna
Director General
Lic. Leandro Gabriel Martínez
Representante ante la ANHP



Enfoque en lo Esencial



- ✓ Cirugía General
- ✓ Cardiorácica
- ✓ INT
- ✓ Ginecología
- ✓ Neurocirugía
- ✓ Oftalmología
- ✓ Trauma y Ortopedia
- ✓ Pediatría
- ✓ Urología
- ✓ Cirugía Vasculat
- ✓ Gastrointestinal

Panel de respaldo y puertos de conexión en la columna

Dispositivo de control adaptado
Mando manual inalámbrico estándar u opcional



Confort y comodidad para el paciente

Almohadillas de memoria con espuma de triple densidad. Bordes soldados para una excelente distribución de los puntos de presión. Disponible en correas de gancho y bucle o cierres SnapLINX™

Bloqueo y desbloqueo rápido y sencillo de las extensiones con el sistema Hi-lock.



Base con esquinas redondeadas y tapa resistente a los impactos

El acordeón moldeado e impermeable protege contra la entrada de fluidos y agentes de descontaminación



Movilidad perfecta
4 ruedas de doble rodillo, que proporcionan una excelente maniobrabilidad en todas las direcciones

Columna, base y estructura del tablero en acero inoxidable electropulido

Reducción del tamaño de la base manteniendo la estabilidad para facilitar el acceso a los profesionales quirúrgicos